**Þjónustubeiðni til Grænuhlíðar fjölskyldumiðstöðvar**

|  |  |
| --- | --- |
| Dagsetning: | |
| Fylgir undirrituð samþykkisyfirlýsing? | |
| Undirrituð af forsjáraðila? | Undirrituð af ungmenni 16+ ára? |

**Almennar upplýsingar**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn barns/ungmennis: | |
| Kennitala: | Lögheimili: |
| Sími og netfang ef 16+: | Leik/skóli og deild/bekkur: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forsjáraðili 1 | Nafn: | |
| Kennitala: | | Heimilisfang: |
| Sími: | | Netfang: |
| Önnur tengsl forsjáraðila við barn en foreldri, hver? | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forsjáraðili 2 | Nafn: | |
| Kennitala: | | Heimilisfang: |
| Sími: | | Netfang: |
| Önnur tengsl forsjáraðila við barn en foreldri, hver? | | |

|  |
| --- |
| Hverjir búa á heimilinu: |
| Móðurmál barns/ungmennis ef annað en Íslenska: |
| Móðurmál forsjáraðila, ef annað en Íslenska: |
| Er þörf á túlk? |

**Upplýsingar um fagaðilann sem fyllir út beiðnina**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn: | |
| Vinnustaður: | |
| Starfsheiti: | |
| Sími: | Netfang: |

**Ástæða þjónustubeiðnar**

|  |
| --- |
| Lýsing á ástæðu þjónustubeiðnar (Helstu áhyggjur og óskir um þjónustu eða meðferðaraðila): |

**Nærumhverfi**

|  |
| --- |
| Tengiliður/málstjóri í nærumhverfi (nafn, vinnustaður, sími og netfang): |
| Aðrir í stuðningsteymi barns/ungmennis (nafn, vinnustaður, sími og netfang): |
| Heimilis- og/eða sérfræðilæknir barns/ungmennis (nafn, vinnustaður og netfang): |

**Núverandi meðferð og þjónusta**

|  |
| --- |
| Er málið í vinnslu annars staðar, ef já, þá hvar? |
| Hverskonar stuðning er verið að veita þar: |
| Lyfjameðferð barns/ungmennis áður og nú: |

**Geðsaga og líðan**

|  |
| --- |
| Geðsaga og/eða greiningar barns/ungmennis: |
| Geðsaga og/eða greiningar í nærfjölskyldu: |
| Líðan og aðstæður barns og fjölskyldunnar, samskipti foreldra/forsjáraðila og samskipti barns við heimilismeðlimi og jafnaldra: |
| Fyrri saga um áföll, tengslavanda eða aðra álagsþætti hjá barni/ungmenni: |

**Hvaða meðferð/úrræði hafa verið reynd og með hvaða árangri?**

|  |
| --- |
| Fyrir forsjáraðila: |
| Fyrir barn: |

**Hver mun greiða fyrir þjónustuna?**

|  |
| --- |
| Vinsamlegast takið fram hver kemur til með að greiða fyrir þá þjónustu sem óskað er eftir (t.d. félagsþjónusta, barnavernd, fjölskyldan sjálf eða annar): |

**Fylgiskjöl**

|  |
| --- |
| Með þessari þjónustubeiðni fylgir (merkið við ef við á):   * Bréf frá öðrum meðferðaraðila: Hvaða aðila? * Bréf frá stofnun: Hvaða stofnun? * Greiningarskýrsla: Vegna athugunar á? * Annað? |

**Undirskrift fagaðila**